

หลักเกณฑ์/แนวทางการปฏิบัติการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
ตามระบบเบิกจ่ายตรงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก  
ที่แพทย์ผู้ทำการรักษามีแผนการรักษาด้วยยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง  
(Dermatology Disease Prior Authorization: DDPA)

ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 124 ลงวันที่ 2 เมษายน 2553 สถานพยาบาล  
ที่มีความจำเป็นต้องเบิกจ่ายากลุ่มสารชีวภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูง สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน  
ชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก (Severe Psoriasis) ต้องดำเนินการส่งข้อมูลตามโปรโตคอลที่ระบุ  
เพื่อขออนุมัติใช้ยาดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย 2 โปรโตคอล ดังต่อไปนี้

| การวินิจฉัย                                    | ยา                      |
|------------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Severe Psoriasis (PS) | - Etanercept (PS – ETA) |
| <input type="checkbox"/> Severe Psoriasis (PS) | - Infliximab (PS – INF) |

โดยสถานพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องเบิกจ่ายยาเหล่านี้ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

1. การใช้ยาที่ต้องขออนุมัติ

การใช้ยาที่ต้องขออนุมัติ จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้หรือแนวทางที่สมาคมแพทย์ผิวหนัง  
แห่งประเทศไทยกำหนด ตามรายละเอียดที่แนบ

2. การลงทะเบียนแพทย์ผู้ทำการรักษา

สถานพยาบาลจะต้องส่งรายชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งมีแผนการรักษาด้วยยาที่ต้องขออนุมัติ  
ให้สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.) ที่อยู่ 979/101 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์  
ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โดยระบุ ชื่อสถานพยาบาล ชื่อ-สกุล  
แพทย์ผู้ทำการรักษา เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และสาขาของแพทย์รายดังกล่าว  
พร้อมทั้งรายละเอียดสถานที่ติดต่อด้วย E-mail address เพื่อใช้ในการจัดเตรียมฐานข้อมูล ซึ่งเฉพาะแพทย์  
ที่มีรายชื่อจากสถานพยาบาลเท่านั้นที่สามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อขออนุมัติใช้ยา ทั้งนี้ สพตร. จะจัดส่งสำเนา  
รายชื่อแพทย์ให้สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) โดยแพทย์จะสามารถส่งข้อมูลการลงทะเบียน  
ผู้ป่วยได้ เมื่อ สกส. ได้รับรายชื่อดังกล่าว และแพทย์จะได้รับการติดต่อกลับจาก สพตร. ทาง E-mail (เพื่อความรวดเร็ว  
ในการแจ้งกลับ)

### 3. การลงทะเบียนผู้ป่วยเข้าระบบเบิกจ่ายตรงและแจ้งกลุ่มโรคเฉพาะ

เนื่องจากการเบิกจ่ายกลุ่มนี้จะเบิกในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยภายนอกเท่านั้น ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มนี้จะต้องลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยภายนอก โดยให้สถานพยาบาลผู้เบิกดำเนินการ ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ได้ลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยภายนอกอยู่แล้ว ให้เพิ่มข้อมูลกลุ่มโรคเฉพาะโดยระบุเป็น DDPA ในโปรแกรมระบบปรับปรุง (OPUPD) และส่งข้อมูลให้ สกส. จากนั้น สกส. จะส่งข้อมูลที่รับรองสิทธิแล้วให้สถานพยาบาลตามรอบระยะเวลารับรองสิทธิ 15 วัน

3.2 ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนในระบบเบิกจ่ายตรงผู้ป่วยภายนอก ให้ลงทะเบียนเข้าระบบดังกล่าวผ่านโปรแกรมลงทะเบียนผู้ป่วยภายนอกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSCD) พร้อมระบุกลุ่มโรคเฉพาะเป็น DDPA และส่งข้อมูลให้ สกส. จากนั้น สกส. จะส่งข้อมูลที่รับรองสิทธิแล้วให้สถานพยาบาลตามรอบระยะเวลารับรองสิทธิ 15 วัน

3.3 หากมีการออกไปเสริมรับเงินค่ายาของกลุ่มดังกล่าว ให้สถานพยาบาลระบุเป็นค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งไม่สามารถนำไปยื่นขอเบิก ณ ส่วนราชการได้ และมีให้คณะกรรมการแพทย์ของสถานพยาบาลออกหนังสือรับรองกรณีการใช้นานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

### 4. การส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อขออนุมัติใช้ยา

สถานพยาบาลจะต้องแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาซึ่งมีแผนการรักษาด้วยยาที่ต้องขออนุมัติตามข้อ 2 ถือปฏิบัติ ดังนี้

#### 4.1 การขึ้นทะเบียนเพื่อขออนุมัติใช้ยารั้งแรก

4.1.1 บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยเดิมที่ได้รับยาแล้วและผู้ป่วยรายใหม่ ตามที่ระบุในแบบขอขึ้นทะเบียน ผ่านโปรแกรม DDPA มายัง สกส. เพื่อส่งต่อไปให้ สพตร. ทำการตรวจสอบข้อมูล

4.1.2 การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้ยากระทำโดยสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย

4.1.3 รับผลการตรวจสอบข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ผ่านโปรแกรม DDPA ภายใน 5 วันทำการ ทั้งนี้ การตรวจสอบข้อมูลจะดำเนินการเมื่อได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน สมบูรณ์

#### 4.2 การขอต่ออายุการใช้ยา

เมื่อแพทย์ผู้รักษาทำการประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยที่ใช้ยากลุ่มนี้ตามรอบระยะเวลาการประเมินที่ระบุในโปรโตคอลแล้ว หากมีความจำเป็นต้องใช้ยากลุ่มนี้ต่อเนื่อง ให้ดำเนินการส่งข้อมูลตามแบบขอต่ออายุการใช้ยาในรอบถัดไป (Reapprove) ตามรอบระยะเวลาการต่ออายุเอกสาร ที่ระบุไว้ในแต่ละโปรโตคอล

#### 4.3 การแจ้งสิ้นสุดการขอเบิกจ่ายยากลุ่มนี้

ผู้ป่วยที่รักษาครบตามกำหนด หรือแพทย์มีความเห็นว่าควรหยุดยาเนื่องจากไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของการรักษา หรือขาดการติดต่อเป็นเวลานาน ให้แพทย์ผู้รักษาส่งข้อมูลขอหยุดการใช้ยาตามแบบยกเลิกการเบิกจ่ายยา

#### 5. ผลของการส่งโปรโตคอลล่าช้ากว่ากำหนด หรือการไม่แจ้งสิ้นสุดการขออนุมัติใช้ยากลุ่มนี้

กรณีที่สถานพยาบาลไม่ส่งข้อมูลหรือส่งข้อมูลล่าช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนด กรมบัญชีกลางจะชะลอการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ไว้ (ติดรหัส C 54) สถานพยาบาลจะไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายดังกล่าวจนกว่าจะมีการส่งข้อมูลตามโปรโตคอลเพื่อขอต่ออายุการใช้ยา หรือยกเลิกการใช้ยา (Reapprove/Terminate)

ในการดำเนินการเพื่อขอให้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ให้สถานพยาบาลปฏิบัติดังนี้

- 1) จัดส่งสำเนาเวชระเบียนและรายละเอียดค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงที่ถูกชะลอการจ่ายให้ กรมบัญชีกลาง และ สฟตร. เพื่อขอเบิกค่ารักษาพยาบาล
- 2) ดำเนินการขอต่ออายุการใช้ยา หรือยกเลิกการใช้ยากลุ่มสารชีวภาพนี้
- 3) สถานพยาบาลจะได้รับเฉพาะค่ารักษาอื่นที่นอกเหนือจากค่ายากลุ่มสารชีวภาพ
- 4) เมื่อโปรโตคอลได้รับการอนุมัติจากสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย หลังการตรวจสอบข้อมูลทางคลินิกย้อนหลังแล้ว สถานพยาบาลจึงได้รับค่ายากลุ่มสารชีวภาพ

#### 6. เงื่อนไขและการตรวจสอบ

6.1 สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย เป็นผู้พิจารณา เพื่อยกเลิกการใช้ยาตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้หรือแนวทางที่กำหนด

6.2 สถานพยาบาลต้องเก็บหลักฐานการขอเบิกไว้ เพื่อให้ตรวจสอบได้เช่นเดียวกับเวชระเบียน โดยข้อมูลที่อยู่ในเวชระเบียนต้องมีความสมบูรณ์ สอดคล้องกับการลงทะเบียนผ่านโปรแกรม และจะต้องมีหลักฐานการวินิจฉัยปรากฏอยู่ในเวชระเบียนในสภาพที่สมบูรณ์ด้วย

6.3 การใช้ยากลุ่มดังกล่าวโดยไม่ตรงตามเงื่อนไขข้อบ่งชี้หรือแนวทางที่กำหนด จะไม่สามารถเบิกจากทางราชการได้

6.4 สถานพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น หากตรวจสอบแล้วพบว่ามีการส่งข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง (ด้านการวินิจฉัยและประเมินผล) ตามหลักฐานในเวชระเบียน หรือการที่แพทย์ในสังกัดให้ผู้ป่วยซื้อยาเองโดยมิได้ดำเนินการตามโครงการ

## แนวทางในการบันทึกข้อมูล

### 1. แบบบันทึกข้อมูลขออนุมัติการเบิกจ่ายยา Etanercept ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - ETA)

### แนวทางในการขออนุมัติการเบิกจ่ายยา Etanercept ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - ETA)

#### 1. Enrollment Type

ให้ระบุว่า เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (New case) หรือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบมาตรฐาน (Conventional treatment non responder) หรือ เป็นผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงและไม่สามารถให้การรักษาแบบมาตรฐานได้ (Conventional treatment intolerance) ในกรณีที่มีผลข้างเคียงโปรดระหลดข้างเคียง

#### 2. Activity and severity of Psoriasis

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่สมควรได้รับยา กลุ่ม Biologic agents ควรมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงทั่วร่างกาย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน นับจากเริ่มวินิจฉัยและคะแนนความรุนแรงของสะเก็ดเงิน (PASI) มากกว่า 15

หรือ

(2) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงทั่วร่างกาย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน นับจากเริ่มวินิจฉัยและพื้นที่ที่เกิดโรคสะเก็ดเงินทั่วร่างกาย (BSA-Body Surface Area) มากกว่า 15%

(3) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงเกิดขึ้นที่หน้า หรือ ฝ่ามือ หรือ ฝ่าเท้า ที่ระยะเวลาเกิดผื่นเป็นอย่างน้อย 6 เดือน นับจากเริ่มวินิจฉัย และต้องมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(3.1) มีอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ของการประเมินความแดง ความหนา หรือสะเก็ดที่บ่งชี้ว่ารุนแรง หรือ รุนแรงมาก

หรือ

(3.2) พื้นที่เกิดผื่นสะเก็ดเงินอย่างน้อย 30% ของบริเวณหน้า หรือ ฝ่ามือ หรือ ฝ่าเท้า

(4) CASPAR criteria score มากกว่าหรือเท่ากับ 4

ทั้งนี้ให้เลือกได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

#### 3. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Conventional treatment non responders)

ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งวัดด้วยคะแนนความรุนแรงของสะเก็ดเงิน (PASI) ที่ประเมินลดลง <50% หลังจากเริ่มรักษาด้วยยามาตรฐาน จากการรักษา อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

การฉายแสง (Phototherapy) NB-UVB หรือ PUVA 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 20 - 24 ครั้ง ต่อเนื่อง

และ / หรือ

**ยาเมโธทรีเสท (Methotrexate)** ขนาดอย่างน้อย 10 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์  
และ / หรือ

**ยาไซโคลสปอริน (Cyclosporin)** ขนาดอย่างน้อย 3 - 5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว หนึ่งกิโลกรัมต่อวัน  
เป็นเวลา 16 สัปดาห์

และ / หรือ

**ยาเอซิเตรติน (Acitretin)** ขนาดอย่างน้อย 0.4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว หนึ่งกิโลกรัมต่อวัน  
เป็นเวลา 12 สัปดาห์

4. Previous therapy ให้ระบุจำนวนยาและช่วงเวลาของการรักษาของยาที่ได้รับมาก่อน

5. การคัดกรองโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยทุกรายต้องมีการตรวจคัดกรอง โรควัณโรค ไวรัสตับอักเสบบ

6. Dosage of Biologic Agent ให้ระบุขนาดของยาและจำนวนที่จะฉีดต่อเดือน วันเริ่มฉีดและวันหยุดฉีด

7. กรณีมีการอักเสบของข้อ

7.1 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงทางข้อ โปรดระบุ

7.2 ถ้ามีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคข้อ โปรดระบุ

8. เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน

(1) เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพและรายละเอียดของผู้ป่วย

(2) Periodically clinical record since diagnosis

(3) จัดส่งโดย email : [ddpa@chi.or.th](mailto:ddpa@chi.or.th) หรือ โทรสาร 0-2298-0367 หรือ ส่งทางไปรษณีย์มาที่สำนักพัฒนา  
ระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.) ที่อยู่ 979/101 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน  
แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

ผู้ป่วยกลุ่มที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสมควรพิจารณาใช้ยา Biologic agents เพื่อควบคุมโรคละเมิดเงิน  
และหลังจากได้รับยาแล้วควรมีรายงานผลรักษาเป็นระยะ ทุก 3 - 6 เดือน โดยผู้ป่วยที่ควรได้รับยาต่อ  
ควรเป็นผู้ที่ตอบสนองต่อยาดีมากกว่า 75% ของอาการเริ่มต้น

## 2. แบบบันทึกข้อมูลขอต่ออายุหนังสืออนุมัติการเบิกจ่ายยา Etanercept ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - ETA)

การขอต่ออายุหนังสืออนุมัติการเบิกจ่ายยา Etanercept ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - ETA) ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาต่อควรตอบสนองต่อยาดีมากกว่า 75% ของอาการเริ่มต้น

### แนวทางในการบันทึกข้อมูล

1. ให้ระบุวันที่ประเมิน (Date of evaluation)
2. ให้ระบุยา ขนาดยา และจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละเดือนในปัจจุบัน
3. ระบุ Activity and Severity of โรค/และโดยระบุ  
Initial PASI และ Current PASI (improvement ควรมากกว่า 50%) หรือ  
Initial BSA และ Current BSA (improvement ควรมากกว่า 50%)
4. ให้ระบุว่า มีผลข้างเคียงหรือไม่
5. โปรดระบุวันที่จะเริ่มให้ยาและวันที่จะประเมินคราวต่อไป
6. กรณีมีการอักเสบของข้อ
  - 6.1 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงทางข้อ โปรดระบุ
  - 6.2 ถ้ามีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคข้อ โปรดระบุ
7. เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน
  - (1) เอกสารแผ่นแรกในเวชระเบียนที่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วย
  - (2) Periodically clinical evaluation from medical record
  - (3) จัดส่งโดย email : [ddpa@chi.or.th](mailto:ddpa@chi.or.th) หรือ โทรสาร 0-2298-0367 หรือ ส่งทางไปรษณีย์มาที่สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.) ที่อยู่ 979/101 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

การขอต่ออายุหนังสืออนุมัติการเบิกจ่ายยา Etanercept ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - ETA) ต้องมีเอกสารแนบ

1. แผ่นแรกของเวชระเบียนที่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วย
2. Periodically clinical evaluation from medical record

### 3. แบบแจ้งยกเลิกขออนุมัติเบิกจ่ายยา

#### แนวทางในการบันทึกข้อมูล

1. ให้ระบุวันสุดท้ายที่ใช้ยา
2. วันที่ประเมินผู้ป่วย
3. ระบุ Activity and Severity of โรค/และโดยระบุ  
Initial PASI และ Current PASI หรือ  
Initial BSA และ Current BSA
4. ให้ระบุเหตุผลในการยกเลิกการอนุมัติ ตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในหน้าจอ

## แนวทางในการบันทึกข้อมูล

### 1. แบบบันทึกข้อมูลของอนุมัติการเบิกจ่ายยา Infliximab ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - INF)

#### แนวทางในการขออนุมัติการเบิกจ่ายยา Infliximab ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - INF)

##### 1. Enrollment Type

ให้ระบุว่า เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (New case) หรือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบมาตรฐาน (Conventional treatment non responder) หรือ เป็นผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงและไม่สามารถให้การรักษาแบบมาตรฐานได้ (Conventional treatment intolerance) ในกรณีที่มีผลข้างเคียงโปรดระบุนผลข้างเคียง

##### 2. Activity and severity of Psoriasis

ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่สมควรได้รับยา กลุ่ม Biologic agents ควรมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงทั่วร่างกาย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน นับจากเริ่มวินิจฉัยและคะแนนความรุนแรงของสะเก็ดเงิน (PASI) มากกว่า 15

หรือ

(2) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงทั่วร่างกาย เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน นับจากเริ่มวินิจฉัยและพื้นที่ที่เกิดโรคสะเก็ดเงินทั่วร่างกาย (BSA-Body Surface Area) มากกว่า 15%

(3) โรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงเกิดขึ้นที่หน้า หรือ ฝ่ามือ หรือ ฝ่าเท้า ที่ระยะเวลาเกิดผื่นเป็นอย่างน้อย 6 เดือน นับจากเริ่มวินิจฉัย และต้องมีข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

(3.1) มืออย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ ของการประเมินความแดง ความหนา หรือสะเก็ดที่บ่งชี้ว่ารุนแรง หรือ รุนแรงมาก

หรือ

(3.2) พื้นที่เกิดผื่นสะเก็ดเงินอย่างน้อย 30% ของบริเวณหน้า หรือ ฝ่ามือ หรือ ฝ่าเท้า

(4) CASPAR criteria score มากกว่าหรือเท่ากับ 4

ทั้งนี้ให้เลือกได้อย่างใดอย่างหนึ่ง

##### 3. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Conventional treatment non responders)

ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งวัดด้วยคะแนนความรุนแรงของสะเก็ดเงิน (PASI) ที่ประเมินลดลง <50% หลังจากเริ่มรักษาด้วยยามาตรฐาน จากการรักษา อย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ ดังต่อไปนี้

การฉายแสง (Phototherapy) NB-UVB หรือ PUVA 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 20 - 24 ครั้ง ต่อเนื่อง

และ / หรือ

**ยาเมโธทรีเสท (Methotrexate)** ขนาดอย่างน้อย 10 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์  
และ / หรือ

**ยาไซโคลสปอริน (Cyclosporin)** ขนาดอย่างน้อย 3 - 5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว หนึ่งกิโลกรัมต่อวัน  
เป็นเวลา 16 สัปดาห์

และ / หรือ

**ยาเอซิเตรติน (Acitretin)** ขนาดอย่างน้อย 0.4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว หนึ่งกิโลกรัมต่อวัน  
เป็นเวลา 12 สัปดาห์

4. Previous therapy ให้ระบุจำนวนยาและช่วงเวลาของการรักษาของยาที่ได้รับมาก่อน

5. การคัดกรองโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยทุกรายต้องมีการตรวจคัดกรอง โรคไวรัสโรค ไวรัสตับอักเสบ

6. Dosage of Biologic Agent ให้ระบุขนาดของยาและช่วงเวลาที่ดีว่าเป็นทุก 6 สัปดาห์, 8 สัปดาห์ หรือ  
12 สัปดาห์ วันเริ่มฉีดและวันหยุดฉีด

7. กรณีมีการอักเสบของข้อ

7.1 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงทางข้อ โปรดระบุ

7.2 ถ้ามีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคข้อ โปรดระบุ

8. เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน

(1) เอกสารหน้าแรกในเวชระเบียนระบุสถานภาพและรายละเอียดของผู้ป่วย

(2) Periodically clinical record since diagnosis

(3) จัดส่งโดย email : [ddpa@chi.or.th](mailto:ddpa@chi.or.th) หรือ โทรสาร 0-2298-0367 หรือ ส่งทางไปรษณีย์มาที่สำนักพัฒนา  
ระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.) ที่อยู่ 979/101 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน  
แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

ผู้ป่วยกลุ่มที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสมควรพิจารณาใช้ยา Biologic agents เพื่อควบคุมโรคสะเก็ดเงิน  
และหลังจากได้รับยาแล้วควรมีรายงานผลรักษาเป็นระยะ ทุก 3 - 6 เดือน โดยผู้ป่วยที่ควรได้รับยาต่อ  
ควรเป็นผู้ที่ตอบสนองต่อยาดีมากกว่า 75% ของอาการเริ่มต้น

## 2. แบบบันทึกข้อมูลขอต่ออายุหนังสืออนุมัติการเบิกจ่ายยา Infliximab ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - INF)

การขอต่ออายุหนังสืออนุมัติการเบิกจ่ายยา Infliximab ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - INF) ผู้ป่วยที่ควรได้รับยาต่อ ควรตอบสนองต่อยาดีมากกว่า 75% ของอาการเริ่มต้น

### แนวทางในการบันทึกข้อมูล

1. ให้ระบุวันที่ประเมิน (Date of evaluation)
2. Dosage of Biologic Agent ให้ระบุขนาดของยาและช่วงเวลาที่ฉีดว่าเป็นทุก 6 สัปดาห์, 8 สัปดาห์ หรือ 12 สัปดาห์ วันเริ่มฉีดและวันหยุดฉีด
3. ระบุ Activity and Severity of โรค/และโดยระบุ  
Initial PASI และ Current PASI (improvement ควรมากกว่า 50%) หรือ  
Initial BSA และ Current BSA (improvement ควรมากกว่า 50%)
4. ให้ระบุว่า มีผลข้างเคียงหรือไม่
5. โปรดระบุวันที่จะเริ่มให้ยาและวันที่จะประเมินคราวต่อไป
6. กรณีมีการอักเสบของข้อ
  - 6.1 ถ้าผู้ป่วยมีอาการแสดงทางข้อ โปรดระบุ
  - 6.2 ถ้ามีการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคข้อ โปรดระบุ
7. เอกสารจัดส่งพร้อมกับการลงทะเบียน
  - (1) เอกสารแผ่นแรกในเวชระเบียนที่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วย
  - (2) Periodically clinical evaluation from medical record
  - (3) จัดส่งโดย email : [ddpa@chi.or.th](mailto:ddpa@chi.or.th) หรือ โทรสาร 0-2298-0367 หรือ ส่งทางไปรษณีย์มาที่สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.) ที่อยู่ 979/101 ชั้น 31 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

การขอต่ออายุหนังสืออนุมัติการเบิกจ่ายยา Infliximab ในผู้ป่วย Moderate to severe Psoriasis (PS - ETA) ต้องมีเอกสารแนบ

1. แผ่นแรกของเวชระเบียนที่ระบุรายละเอียดของผู้ป่วย
2. Periodically clinical evaluation from medical record

### 3. แบบแจ้งยกเลิกขออนุมัติเบิกจ่ายยา

#### แนวทางในการบันทึกข้อมูล

1. ให้ระบุวันสุดท้ายที่เข้ายา
2. วันที่ประเมินผู้ป่วย
3. ระบุ Activity and Severity of โรค/และโดยระบุ  
Initial PASI และ Current PASI หรือ  
Initial BSA และ Current BSA
4. ให้ระบุเหตุผลในการยกเลิกการอนุมัติ ตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในหน้าจอ

## การเปลี่ยนยา Biologic Drug ในการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินชนิดรุนแรงปานกลางและรุนแรงมาก

กรณีที่ต้องมีการเปลี่ยนยา Biologic Drug จากชนิดหนึ่งไปอีกชนิดหนึ่ง จะทำได้ต่อเมื่อ

1. ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาเดิม

2. ยาตัวเดิมไม่ได้ผลในการรักษา โดยที่ PASI Score ไม่ถึง 50% หรือ ค่า BSA ไม่ลดลงจากเดิม  
เมื่อใช้ยาไประยะหนึ่ง ตั้งแต่ 3 - 6 เดือน